



# **SÍNDROME DE PSICOSIS ATENUADA, UN DIAGNÓSTICO CONTROVERTIDO.**

---

**Trabajo Fin de Grado**

**Modalidad 1. Revisión Bibliográfica**

**Alumno:** José Ángel Ramírez Torrejón

**Tutora:** Dra. Cristina Senín Calderón

Grado de Psicología

Facultad de Ciencias de la Educación

Curso académico 2017-2018



Facultad de Ciencias de la Educación  
Campus Universitario de Puerto Real  
Avda. República Saharaui, s/n  
11519 Puerto Real (Cádiz)  
Tfno.: 956 016217

GRADO EN PSICOLOGÍA

### SOLICITUD PARA LA DEFENSA PÚBLICA DEL TFG GRADO EN PSICOLOGÍA

#### DATOS DEL ALUMNO/A

Nombre y Apellidos: ..... DNI: .....

Titulación: **GRADO EN PSICOLOGÍA** Curso Académico: .....

Teléfono de contacto: ..... Correo Electrónico: .....

Título del Trabajo de Fin de Grado: .....

.....

#### DATOS DEL TUTOR O DE LA TUTORA

Nombre y Apellidos: .....

Departamento: .....

Modalidad: .....

#### SOLICITA

La defensa pública del Trabajo de Fin de Grado.

Puerto Real, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del interesado/a

Sr/Sra. Presidente/a de la Comisión Evaluadora



Facultad de Ciencias de la Educación  
Campus Universitario de Puerto Real  
Avda. República Saharaui, s/n  
11519 Puerto Real (Cádiz)  
Tfno.: 956 016217

GRADO EN PSICOLOGÍA

## DECLARACIÓN PERSONAL DE ORIGINALIDAD PARA LA PRESENTACIÓN DEL TRABAJO FIN DE GRADO EN PSICOLOGÍA

D/Dña:.....con DNI.....estudiante  
del Grado EN PSICOLOGÍA en la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de  
Cádiz, autor del Trabajo Fin de Grado titulado:

.....  
:.....

**DECLARA** bajo su responsabilidad que se trata de un trabajo *original*, como exige el reglamento del trabajo de fin de grado en Psicología de la Facultad de Ciencias de la Educación. Así mismo declara saber que el plagio puede conllevar, además de penalización en la evaluación y calificación del trabajo, las medidas administrativas y disciplinarias que la Comisión de TFG determine en el marco de la normativa de la Universidad de Cádiz.

Puerto Real, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del interesado/a

Fdo. \_\_\_\_\_

## Resumen

En niños y adolescentes los trastornos psicóticos representan una de las principales causas de discapacidad. Estos suelen presentar varios signos y síntomas, los cuales van desarrollándose de manera progresiva y gradual. La temprana detección del riesgo de psicosis ha sido estudiada en las últimas décadas. Para ello, en el nuevo manual diagnóstico, DSM-5, (APA, 2013), se ha propuesto un cuadro clínico denominado “Síndrome de Psicosis Atenuada” de manera que se puedan clasificar a las personas con un estado riesgo ultra alto (UHR), ya que puede ser un predictor para la conversión de psicosis.

Con la detección temprana, los profesionales intentan que el tratamiento sea más eficaz en las fases iniciales (fase prodrómica), produciéndose así, un mejor pronóstico y unos beneficios positivos. Sin embargo, esta nueva terminología ha generado numerosos debates acerca de si realmente es necesaria y beneficiosa su inclusión.

Por otro lado, se ha comprobado que los estados mentales de alto riesgo suelen darse, mayormente, en la población de jóvenes y adolescentes. A pesar de esto, muchas de las personas que están sometidas a este estado no llegan a experimentar un trastorno psicótico. A esto se le añade la estigmatización que produce cualquier etiquetado referente a una psicosis o esquizofrenia. Además, a pesar de que muchos profesionales argumentan los grandes beneficios de incluir este nuevo trastorno, no hay suficiente evidencia empírica que lo confirme. Todas estas limitaciones conllevan a incluir, a día de hoy, el síndrome de psicosis atenuada en la sección III, más específicamente en “objeto de estudios posteriores”.

La presente revisión bibliográfica pretende aportar cierta claridad respecto a cómo se encuentra actualmente esta problemática, dando una visión general del debate generado. Además, pretenderá mostrar los aspectos positivos y negativos de la inclusión de esta nueva categoría.

**Palabras claves:** Síndrome de psicosis atenuada, estados mentales de alto riesgo, fase prodrómica, detección e intervención temprana, trastornos psicóticos y esquizofrenia.

### **Abstract**

In children and adolescents, psychotic disorders represent one of the main causes of disability. These, usually, present several signs and symptoms, which develop progressively and gradually. The early detection of risk of psychosis has been studied in recent decades. For this, in the new diagnostic manual (DSM-5) has been proposed a clinical picture called "Attenuated Psychosis Syndrome", so they try to identify people with a state of ultra-risk (UHR), as it can be a predictor for the conversion of psychosis.

With early detection, professionals try to make the treatment more effective in the initial phases (prodromal phase), thus producing a better prognosis and positive benefits. However, this new terminology has generated several debates about whether it really is necessary to include it, or not.

On the other hand, it has been shown that high-risk mental states tend to occur, mostly, in the population of young people and adolescents. Despite this, many of the people who are subjected to this state do not get to become psychotic disorder. To this is added the stigmatization produced by any labeling referring to a psychosis or schizophrenia. In addition, although many professionals argue the great benefits of including this new disorder, there is not enough empirical evidence to confirm it. All these limitations lead to include, to date, the attenuated psychosis syndrome in section III, more specifically in "the subject of further studies".

The present bibliographical review aims to provide some clarity regarding how this problem is currently, giving a general view of the generated debate. In addition, it will try to show the positive and negative aspects of the inclusion of this new category.

**Keywords:** Attenuated psychosis syndrome, high-risk mental states, prodromal phase, detection and early intervention, psychotic disorders and schizophrenia.

<b>Índice de contenidos</b>	<b>Página</b>
Resumen.....	4
Abstract.....	5
Justificación .....	8
Introducción.....	9
Objetivos .....	15
Metodología.....	16
Resultados.....	18
Conclusiones.....	42
Referencias bibliográficas.....	47

### **Justificación**

La inclusión de la nueva terminología denominada “Síndrome de psicosis atenuada” ha despertado gran interés entre los profesionales de la psiquiatría y psicología, los cuales observan la temática desde diferentes perspectivas, originándose así discrepancias entre si realmente es necesario o no dicho trastorno añadido al DSM-5. Por ello, se intenta aportar una visión global de la situación, de modo que se pueda apreciar la necesidad o no de este cambio introducido. Asimismo, se intenta indagar en la problemática para poder descubrir las repercusiones a las que se ven sometidos los individuos que son diagnosticados con el presente síndrome.

Para finalizar cabe destacar que otro de los puntos por lo que es fundamental la realización de esta revisión es estudiar e investigar las repercusiones y beneficios que aporta las intervenciones tempranas en personas con factores de riesgo elevados, de manera que dichos profesionales mencionados anteriormente tengan una visión más clara sobre la necesidad de inclusión del síndrome, así como facilitarles una futura línea de intervención más clara y eficaz.



## Introducción

Alrededor de 450 millones de personas sufren un trastorno mental tales como depresión, demencia, esquizofrenia, dependencia de sustancia, trastornos de ansiedad, etc., pero sólo una pequeña minoría suelen recibir tratamiento. A nivel mundial muchos y muchas son víctimas de estas psicopatologías, ya que pasan a convertirse en el blanco del estigma y la discriminación (World Health Organization, 2001). Partiendo de esto, se puede decir que la psicosis es una de las causas más incapacitantes en todo el mundo (World Health Organization, 2001).

Este concepto mencionado anteriormente (psicosis) se puede considerar como trastorno psicopatológico muy grave, que se caracteriza por severas alteraciones del pensamiento y la percepción (ideas delirantes y alucinaciones), una desorganización comportamental y de la personalidad, que conlleva a una distorsión de la realidad (Caballo, Carrobbles y Salazar, 2014). Toda esta sintomatología no suele ser patognomónica, es decir, no es específica, matizando de este modo que dicha psicopatología presenta heterogeneidad clínica, patológica y etiológica, así como difusos límites con otros trastornos psicóticos, lo que reduce la validez de contenidos, discriminante y predictiva como constructo unitario de enfermedad (Rus Calafell y Lemos-Giráldez, 2014).

En cuanto al inicio, se puede decir que los estudios indican que la aparición de este trastorno puede ser variable, situándose la edad de comienzo en la adolescencia (aproximadamente a los 16 años), siendo muy poco probable un inicio después de los 50 (Ortiz-Tallo, 2013). Respecto a la prevalencia, ciertos estudios establecen un promedio de un caso por cada 100 habitantes. Cabe matizar que suele comenzar antes de los 25 años de edad, manteniéndose a lo largo de toda la vida del individuo (Salguero Jiménez y Soraide, 2012).

Dos revisiones sistemáticas independientes mostraban diferencias de incidencia según el género del paciente, con tasas significativamente más altas en varones. También apareció una incidencia más alta en zonas urbanas frente a rurales, estatus migratorio y mes de nacimiento, con predominio en los meses de invierno (McGrath, 2004).

En cuanto al coste de la intervención cabe destacar que es uno de los trastornos mentales más costosos, tal y como se puede observar en estudios realizados en EE.UU., donde se afirma que costará alrededor de 7.9 millones de dólares. Esto se constituye por costes directos (tratamiento y atención) e indirectos (pérdida de productividad debido al desempleo o mortalidad prematura). Por tanto, las limitaciones de la esquizofrenia conducen a diversas necesidades, desde entornos con determinadas características hasta prestaciones económicas (Knapp y Mangalore, 2007).

Por otro lado, se podría añadir que para una intervención temprana es necesario conocer la etiología del trastorno, matizando que estos trastornos presentan diversas explicaciones etiológicas (Salguero Jiménez y Soraide, 2012). Estos van desde explicaciones las cuales consideran la esquizofrenia como un problema claramente biológico (Modelos biológicos) hasta las que lo consideran como factores ambientales. Esta enorme diversidad se debe a la heterogeneidad y complejidad del trastorno y las diversas orientaciones metodológicas en su investigación (Caballo, Carroble y Salazar, 2014). Entre tantos modelos, uno de los más destacables puede ser el modelo de vulnerabilidad-estrés, el cual llega a integrar todos los factores que intervienen como elementos en interacción. Además, según estos mismos autores (2014), cada individuo presenta un determinado grado de vulnerabilidad, la cual se define como la predisposición a desarrollar un episodio esquizofrénico en determinadas circunstancias. De este modo, se aprecia que no existe un único factor predisponente al problema, sino que éste surge por la combinación de un conjunto de ellos.

Por otro lado, Van Os, Kenis y Rutten (2010), sugieren un modelo denominado “fenotípico psicótico”. Con esto proponen cuatro dimensiones (interrelacionadas entre sí) las cuales caracterizan el síndrome psicótico. Dichas dimensiones son la desregulación afectiva (síntomatología depresiva, manía y ansiedad), psicosis (alucinaciones y delirios), negativa (anhedonia y aplanamiento afectivo) y cognitiva (déficit en el procesamiento de la información, como en la memoria, atención y funciones ejecutivas).

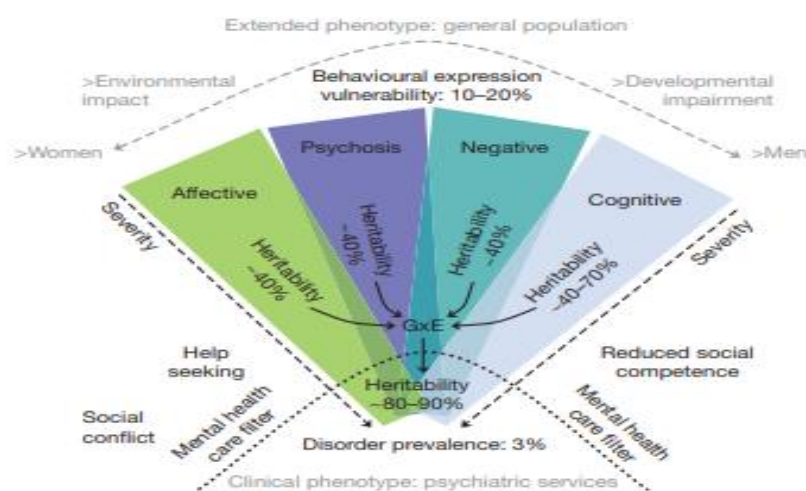


Figura 1. Complejidad del fenotipo del trastorno psicótico en la investigación etiológica (Van Os, Kenis y Rutten, 2010).

La interrelación entre estas dimensiones puede derivar en entidades nosológicas diferentes, ya que, por ejemplo, un individuo que presente altos niveles en desregulación afectiva (manía) (Van Os y Kapur, 2009), y teniendo en cuenta la gravedad, frecuencia y duración de los síntomas, podría ser diagnosticado de un trastorno bipolar (Heckers et al., 2013). Por tanto, este enfoque argumenta que los síntomas psicóticos no son exclusivos de un proceso psicótico, ya que como se ha visto, pueden estar presentes en otros trastornos mentales (Fonseca-Pedrero, Ortuño, Paino, Lemos-Giráldez y Muñiz, 2015). Asimismo, se corrobora que ciertas experiencias alucinatorias están presentes en la población general en un 5% y 25% (Fonseca-Pedrero, Lemos-Giráldez, Paino y Vallina, 2015), lo que sugiere que la

expresión fenotípica varía en un continuo psicopatológico de gravedad, además de presentar dificultad para establecer una limitación entre la “normalidad” y el proceso clínico (Fonseca-Pedrero et al., 2015).

A pesar de dichos modelos, cabe destacar que actualmente el origen de la psicopatología sigue siendo confusa, así como los tratamientos disponibles. Como consecuencia, se puede decir que la esquizofrenia no se solventa fácilmente de forma empírica, ya que presenta complicados mecanismos que dan lugar a la aparición de la misma (Lemos Giráldez, Vallina Fernández, Fonseca-Pedrero, Paino, y Fernández Iglesias, 2012).

Estos trastornos psicóticos se ven sometidos a ciertos cambios con la publicación de la nueva edición del DSM, la cual propone incluir un nuevo síndrome de riesgo (en la sección de Esquizofrenia y trastornos psicóticos) denominado síndrome de síntomas psicóticos atenuados. La construcción de este diagnóstico se inició considerando que algunos pacientes se encuentran en riesgo de psicosis (Casarotti, 2013). Esto lleva a la psiquiatría y a la psicología a una intervención temprana en personas con riesgo a padecer este tipo de trastornos, con el objetivo de poder prevenir el inicio de la enfermedad o conseguir un mejor pronóstico en su diagnóstico (Schimmelmann, Walger y Schultze-Lutter, 2013). La esquizofrenia suele comenzar, como ya se mencionó anteriormente, en la adolescencia, por lo que se intuye que muchas de las personas que se vean afectadas por el trastorno mostrarán síntomas atenuados durante esta etapa del ciclo vital. Por esta razón, se pretende incluir en el diagnóstico a sujetos que puedan manifestar cierta sintomatología previa al desarrollo del trastorno mental. Este nuevo enfoque parece que ha sido aceptado por numerosos psiquiatras y psicólogos, los cuales presentan una visión positiva y optimista, ya que consideran que la posibilidad de un diagnóstico previo o intervención temprana podrá prevenir la aparición (Fonseca-Pedrero, et al. 2011).

A pesar de que la intervención temprana parece que presenta aspectos muy favorables, hay autores como Aragón (2011) que argumentan que muchos de los síntomas atenuados pueden ser fácilmente confundibles con otro tipo de trastornos que se dan en niños o adolescentes. Estos síntomas (atenuados) se caracterizan, principalmente, por delirios, alucinaciones y habla desorganizada, que están presentes en el individuo de forma atenuada con una realidad intacta, pero de suficiente gravedad y/o frecuencia que no se descarta ni se ignora (Carpenter, 2010). Además, tal y como menciona Fonseca-Pedrero y sus colaboradores (2011), la adolescencia se caracteriza por ser un periodo en el que la aparición de pensamiento mágico, así como experiencias alucinatorias pueden ser comunes, es decir, en este ciclo vital suelen aparecer con frecuencia síntomas psicóticos atenuados, sin embargo, estos suelen estar presente con una gravedad leve, con una menor intensidad y persistencia, además de no estar asociado a un malestar psicológico ni ligado a una alteración psicopatológica. De todos estos adolescentes, sólo la minoría derivan a una evolución desfavorable significativa. Esto lleva a plantear, a este mismo autor (2011), que los síntomas puedan llevar a confusión y equivocación por parte de los profesionales, los cuales pueden confundirlos con “síntomas atenuados”. Este mal diagnóstico conlleva a la prescripción de medicamentos en los niños y adolescentes, los cuales, al tener una edad temprana, son más vulnerables en cuanto a los efectos secundarios de dichos fármacos (Aragón, 2011). Además, estos individuos que supuestamente cumplen los criterios diagnósticos necesarios como para categorizarlo en el trastorno denominado “Síndrome de psicosis atenuada” podrían no desarrollar el trastorno como tal (esquizofrenia), sin embargo, sí que lleva a ocasionar estigma y rechazo en la sociedad (Todd Lencz, 2003).

Como hemos podido apreciar, hoy día hay un debate abierto entre si es necesaria la inclusión del nuevo síndrome en los manuales diagnósticos, especialmente en el DSM-5, ya que a pesar de que la investigación es importante y requerida, no habrá tal capítulo en el CIE

11, en el cual lo sitúan en la categoría estados de salud mental que requieren estudio adicional (Biedermann y Fleischhacker, 2016).

La presente revisión bibliográfica tiene la finalidad de presentar cómo se encuentra a día de hoy la problemática planteada y si realmente se ha llegado a un consenso en cuanto a las discrepancias referentes a la temática, es decir, se pretende aportar una visión general sobre el estado actual del Síndrome de psicosis atenuada, centrándose concretamente en la adolescencia y la adultez temprana, así como indagar en las ventajas e inconvenientes de la intervención temprana y la necesidad de este nuevo criterio en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).

## **Objetivos**

### **General**

La presente revisión bibliográfica pretende estudiar y aportar una perspectiva general respecto al debate en el que se encuentra situado el síndrome de psicosis atenuada. Para poder abordar esto se consideran ciertos objetivos específicos.

### **Específicos**

- Conocer los cambios del DSM-5 respecto a la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Describir qué es la esquizofrenia, así como su prevalencia y su etiología.
- Profundizar en el curso natural de la esquizofrenia, así como indagar en la fase premórbida y prodrómica de la misma.
- Describir la importancia de los Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR).
- Definir el síndrome de psicosis atenuada y la finalidad de la introducción de este concepto en el DSM-5.
- Aclarar los beneficios o consecuencias negativas de la inclusión del concepto en el manual diagnóstico (DSM-5).

## Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica durante los meses de enero de 2018 y junio del mismo año, en la que se incluyeron ciertos criterios de inclusión y exclusión, para, posteriormente, seleccionar documentos referentes a la temática a tratar. Dicha búsqueda se realizó en tres etapas diferentes. La primera ha sido centrada en la elección de bases de datos potentes y fiables, como son: Scopus, Dialnet y PubMed, así como ciertos libros relacionados con la psicopatología, en particular, la esquizofrenia.

Una vez seleccionadas las bases de datos, se comenzó con la búsqueda de los documentos necesarios para la realización de la presente búsqueda bibliográfica. Para localizar dichos archivos, se utilizaron una serie de descriptores y operadores booleanos, en función de los objetivos planteados (Tabla 1).

Tabla 1

*Nombre de los descriptores utilizados*

Descriptores
Prodromal Phase “AND” schizophrenia “OR” Attenuated psychosis symptoms
Early intervention “AND” schizophrenia “OR” Attenuated psychosis symptoms
Attenuated psychosis symptoms “AND” DSM-5
Change in DSM-5 “AND” schizophrenia
Definition of Schizophrenia “AND” prevalence
Stigma “AND” attenuated psychosis symptoms
Debate “and” attenuated psychosis symptoms
High risks factors “AND” schizophrenia

Fuente: *Elaboración propia.*

Tras la introducción de dichos descriptores en las respectivas bases de datos, se localizaron miles de artículos. Posterior a la localización, se procedió a la selección de dichos documentos en función de la temática que se pretendió abordar en la presente revisión. Para ello se utilizó



ciertos criterios de exclusión e inclusión. Una vez establecidos, se eliminaron ciertos artículos y se eligieron otros que cumplieran con los criterios requeridos (Tabla 2).

#### *Criterios de Exclusión*

- Textos que tengan cierta relación, pero que sea ajeno al síndrome de psicosis atenuada.
- Estudios que dirijan su atención a otros trastornos psicóticos.
- Artículos que no aborden los objetivos tratados en la revisión bibliográfica.
- Artículos publicados fuera de los años 2000 y 2018.
- Todo documento ajeno al inglés y español.

#### *Criterios de Inclusión*

- Publicaciones fechadas entre el año 2000 y 2018.
- Artículos en inglés y español.
- Artículos con palabras claves relacionadas con la temática.
- Publicaciones que guarden relación entre la esquizofrenia y los cambios producidos, así como los factores de alto riesgo y la intervención en psicosis atenuada.
- Estudios que incluyan información sobre el síndrome de psicosis atenuadas

Tabla 2

#### *Resultados de la búsqueda*

Objetivos	PubMed	Archivos seleccionados	Dialnet	Archivos seleccionados	Scopus	Archivos seleccionados
Objetivo 1	8	<b>4</b>	21	<b>2</b>	1208	<b>6</b>
Objetivo 2	3659	<b>7</b>	140	<b>3</b>	216	<b>8</b>
Objetivo 3	73	<b>6</b>	16	<b>3</b>	433	<b>10</b>
Objetivo 4	699	<b>9</b>	18	<b>0</b>	6695	<b>6</b>
Objetivo 5	51	<b>5</b>	7	<b>4</b>	300	<b>7</b>
Objetivo 6	721	<b>10</b>	37	<b>2</b>	4663	<b>15</b>
<b>Número total de documentos</b>						<b>107</b>

## **Resultados**

Se presentan los resultados obtenidos en función de los objetivos planteados del presente estudio.

### **Objetivo 1. Cambios en el DSM con respecto a la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.**

La falta de fiabilidad ha sido durante mucho tiempo un relevante obstáculo en la definición de los trastornos mentales, lo que conlleva a la creación inicial del sistema DSM (Keshavan, 2013). A través de éste, el concepto de esquizofrenia ha ido evolucionando por las siete ediciones del manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales (DSM-I, DSM-II, DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR y DSM-5). En estos se pueden observar tres raíces principales, que son: el énfasis en la cronicidad y el mal resultado del trastorno, la acentuación de los síntomas negativos y la distorsión de la realidad o síntomas positivos. Sin embargo, estas perspectivas se han modificado en el tiempo (Tandon et al., 2013a). En las primeras ediciones, había un interés por los síntomas negativos, así como una definición amplia y vaga sobre la esquizofrenia, produciéndose discrepancias en cuanto a un buen diagnóstico del mismo (Tandon, 2012). Este último autor (2012) argumenta que, debido a esta gran inconsistencia, se comenzó a reducir el criterio con la introducción del DSM-III, el cual requería cronicidad del trastorno y un déficit en las funciones, por lo que se hace un esfuerzo por definir una psicopatología más homogénea (a través de los primeros rangos de Schneider). Sin embargo, en la construcción de esta edición los síntomas negativos del trastorno no eran considerados un criterio (Carpenter, 2010). A pesar de esto, la introducción de los criterios operacionales en el DSM-III-R ha mejorado, de manera significativa, la fiabilidad del diagnóstico de la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos (Keshavan, 2013).

En cuanto al DSM-IV, y respecto a los trastornos psicóticos, se puede decir que presenta una buena confiabilidad y una buena validez, además de ser clínicamente útil (Tandon, 2012). Dicha validez queda respaldada por una serie de factores de riesgo ambientales y predictores (curso del trastorno y estabilidad diagnóstica) (Bromet et al., 2011). La alta estabilidad diagnóstica que presenta esta edición queda corroborada, ya que entre el 80 y 90% de los individuos que padecen esquizofrenia suelen mantener el diagnóstico entre uno y diez años aproximadamente (Bromet et al., 2011). Cabe matizar que dentro de la sección de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (en el DSM-IV) se incluyen los siguientes trastornos mentales: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizofreniforme, trastorno psicótico breve, trastorno delirante, trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno psicótico secundario a una afección médica general, catatonia asociada a una afección médica general, y trastorno psicótico no especificado, caracterizados, todos ellos, por delirios, alucinaciones, desorganización del pensamiento y comportamiento y catatonia en diferentes combinaciones y de diferente gravedad y duración (Carpenter y Tandon, 2013). Sin embargo, y según estos autores (2013), estos subtipos de esquizofrenia proporcionan una pobre descripción de la heterogeneidad de estos trastornos, por lo que parece que los límites de la psicopatología no están definidos con claridad, ya que, por ejemplo, la esquizofrenia y los trastornos esquizoafectivos quedan definidos de manera imprecisa, de forma que personas con esquizofrenia e individuos con síntomas del estado de ánimo pueden recibir de manera equívoca un mismo diagnóstico (Tandon, 2012). A pesar de estas limitaciones, el DSM-IV es clínicamente útil debido a su alta fiabilidad y validez (Biedermann y Fleischhacker, 2016; Tandon et al., 2013) manteniéndose dichos criterios en el nuevo DSM-5, aunque con determinados cambios modestos, así como la aportación de información referente a la naturaleza del trastorno (Tandon et al., 2013; Carpenter y Tandon, 2013). Los cambios producidos, en el criterio A (fase activa de los síntomas), hacen referencia a la eliminación de

tratamiento especial de delirios extraños y otros síntomas de primer rango de Scheneider, debido a que dicha sintomatología no es específica para la esquizofrenia, así como la presencia de una fiabilidad deficiente referente a las diferencias entre delirios extraños y no extraños (Carpenter y Tandon, 2013). A esto se le añade que han sido suprimidos los subtipos diagnósticos de esquizofrenia, tales como catatonía, desorganizado, paranoide, indiferenciado y residual, ya que estos no presentan una suficiente validez, confiabilidad y estabilidad diagnóstica (Rodríguez-Testal, Senín-Calderón y Perona-Garcelán, 2014; Tandon et al., 2013; Carpenter y Tandon;2013). Además, cabe añadir que los síntomas positivos son valorados y considerados como necesarios para un buen diagnóstico de esquizofrenia (Carpenter y Tandon, 2013).

A pesar de todos los cambios producidos en el nuevo manual, nos centraremos en el debate que ha surgido debido a la inclusión de un síndrome de riesgo de psicosis para facilitar la prevención de psicosis (Ruhrmann, Schultze-Lutter y Klosterkötter, 2010). Este síndrome es el conocido como síndrome de psicosis atenuada, el cual será comentado en apartados posteriores de manera más específica. Este es introducido como un nuevo diagnóstico en la sección 3 del manual, la cual está destinada a condiciones que requieren más estudio. Hay autores que argumentan que dicho diagnóstico puede ayudar a promover una temprana detección y tratamiento. Sin embargo, otros explican que este etiquetado puede generar cierto estigma en la persona que lo padece (Kim et al., 2017; Ruhrmann, Schultze-Lutter y Klosterkötter, 2010).

Con lo comentado anteriormente, se puede decir que el capítulo del diagnóstico del DSM-5, referente a la esquizofrenia, se reordenó con respecto a la aparición en el curso evolutivo, así como para detectar el inicio más temprano del trastorno y su gravedad (Biedermann y Fleischhacker, 2016).

**Objetivo 2. Describir qué es la esquizofrenia, así como su prevalencia y su etiología.**

La esquizofrenia se puede definir como un trastorno mental grave caracterizado por alteraciones en la percepción, pensamiento, afectos y conducta del individuo (Ruiz-Iriondo, Salaberria y Echeburúa, 2013). Asimismo, como afirman Machado y Morales (2013), las personas que se ven afectadas por esta enfermedad tienen su propia combinación tanto de síntomas como de experiencias, debido a que son influenciados por circunstancias particulares.

Bhugra (2010) argumenta que dicho trastorno conlleva a un deterioro en el funcionamiento personal, así como la presencia de problemas de memoria y concentración, aislamiento social, comportamiento inusual, comunicación perturbada, ideas extrañas, experiencias perceptivas, reducción de interés para las actividades diarias, afectando estos cambios a la capacidad del individuo para mantener cierta estabilidad en el ámbito laboral, académico o social. Se puede añadir que las personas que presentan este trastorno mental grave (TMG) sufren una dificultad para solventar dificultades de la vida diaria y mantener las relaciones interpersonales y autocuidado.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 (APA, 2013), la esquizofrenia se ubica dentro de la sección “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”, donde se caracteriza por la presencia (o al menos uno) de síntomas, tales como delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento catatónico y síntomas negativos (como, por ejemplo, aplanamiento afectivo o abulia). Este trastorno provoca un gran deterioro significativo en uno o más ámbitos de la vida de la persona que lo padece. Asimismo, esta sintomatología debe persistir al menos seis meses. En este periodo debe de existir, mínimo, un mes de síntomas de la fase activa. Los cambios específicos en su definición, tal y como se comentó en apartados anteriores, incluyen la eliminación de los

subtipos clásicos y del trato especial al síntoma de delirio bizarro o la alucinación de tipo “Schneideriana” (síntomas de primer orden), incluyendo especificadores. De este modo, se pretende ayudar al profesional a tomar decisiones en cuanto al tratamiento adecuado en ese momento concreto. Además, se ofrece también una delimitación más clara entre esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo y la reconceptualización de la catatonia (Rus Calafell y Lemos Giráldez, 2014).

Respecto a la prevalencia del trastorno podemos decir que, aunque no haya diferencias significativas referente al género durante la adolescencia y la niñez, en la edad adulta, donde hay una prevalencia de 1 por cada 10.000 personas al año, predominan los hombres hasta los 50 años, cuando la incidencia de mujeres se vuelve más alta (Pedersen et al., 2014).

Comparando el primer episodio de psicosis con inicio después de los 18 años, los pacientes con inicio en la adolescencia tienden a tener un inicio más lento de los síntomas y experimentan un mayor retraso en el acceso al tratamiento. Este mismo grupo puede tener un peor funcionamiento premórbido. Además, dicho colectivo, en el inicio de la esquizofrenia, puede asociarse con niveles más altos de depresión e ideas e intentos suicidas (Joa et al., 2009)

Por otro lado, podemos añadir que, el inicio de esta psicopatología suele ser gradual y progresiva, de manera que tiene un comienzo con una fase prodrómica (con una duración aproximadamente de 5 años), seguida de una fase prepsicótica. Cabe matizar que la sintomatología existente se caracteriza por un inicio de síntomas inespecíficos (pasando por los negativos), que van seguidos de los primeros episodios de síntomas positivos años más tarde, tal y como se muestra en la figura 2 (Häfner, 2000).

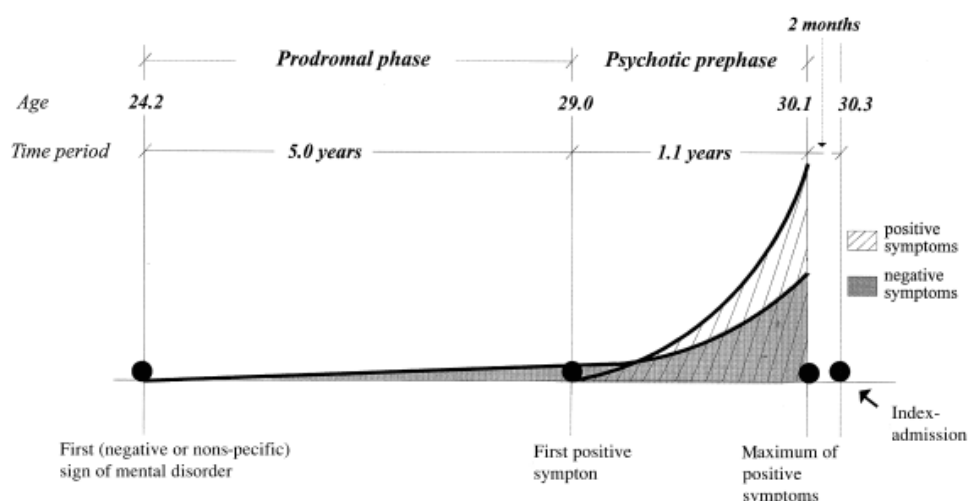


Figura 2. Etapas de la esquizofrenia desde el primer signo de trastorno mental (Häfner, 2000).

Por otro lado, la APA (2013) menciona que, durante los periodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar por síntomas negativos o por dos o más síntomas presentes de forma atenuada (por ejemplo, creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales, etc.) surgiendo así el concepto de psicosis atenuada.

Cabe matizar que presenta un continuo de psicosis, es decir, puede ir desde una variación normal de personalidad hasta la psicótica, lo que señala que los mismos síntomas existentes en pacientes con trastornos psicóticos pueden encontrarse en poblaciones no clínicas (Verdoux y Van Os, 2002).

La esquizofrenia se puede considerar como un trastorno del neurodesarrollo genéticamente mediado, surgiendo así la teoría del neurodesarrollo de la esquizofrenia, la cual postula que los factores etiológicos y patógenos pueden ocurrir mucho antes del inicio formal del trastorno (probablemente en la gestación), interrumpiendo de este modo el curso del desarrollo neuronal normal del individuo. Estas alteraciones sutiles de neuronas conllevan a cierta vulnerabilidad, pudiendo producir un mal funcionamiento (Lewin y Lieberman, 2000).

Según Singh y sus colaboradores (2005) hay estudios longitudinales de alto riesgo en el que se identifican disfunciones sociales, motoras y cognitivas, así como anomalías físicas leves durante la infancia y adolescencia, antes del inicio del trastorno. Esto nos sugiere que “el síndrome de psicosis presenta un curso evolutivo con una serie de fases diferenciadas” (Fonseca-Pedrero, Fraguas y Paino, 2013, p. 192).

**Objetivo 3. Profundizar en el curso natural de la esquizofrenia, así como indagar en la fase premórbida y prodrómica de la misma.**

El curso de la enfermedad conlleva a un sistema de diagnóstico, el cual se centra en el estudio longitudinal de los pródromos, fases agudas de la enfermedad y los estados residuales (Ruiz-Iriondo, Salaberria y Echeburúa, 2013). Para indagar sobre el curso evolutivo del trastorno se han basado en esta clase de estudios (longitudinales), debido a que la esquizofrenia, tal y como menciona Singh y colaboradores (2005), se desarrolla con el tiempo, pudiéndose describir, su presentación, en al menos tres etapas en el desarrollo de una enfermedad esquizofrénica; el pródromo, el primer episodio y la fase crónica a largo plazo (Singh et al., 2005; McGorry et al., 2010; McGorry et al., 2007). Teniendo en cuenta el curso de la esquizofrenia, cabe mencionar las numerosas investigaciones producidas en esos últimos años, donde se postula el establecimiento secuencial de la psicosis, desde los momentos prodrómicos hasta las diferentes etapas del trastorno (Ministerio de sanidad y consumo, 2009). Desde esta perspectiva, y según el Ministerio de Sanidad y Consumo (2009), se puede observar dos grandes momentos: el primero, que lo forma las fases precoces de la psicosis (fase de estado mental de alto riesgo o prodrómica, primer episodio psicótico, fase de recuperación y periodo crítico) y el segundo, referente a las fases del trastorno de la esquizofrenia (fase aguda, de estabilización y una última denominada estable).



En la mayoría de los casos, una fase prodrómica precede a la aparición de los síntomas activos, generalmente con un inicio de síntomas negativos y/o inespecíficos, que van seguidos de síntomas prepsicóticos positivos, cerca del momento de inicio de la psicosis franca (Skokou, Katrivanou, Andriopoulos y Gourzis, 2012).

Se puede decir que en estas fases graduales hay algunos factores que pueden inferir en las transiciones de etapas. Sin embargo, otras pueden ser específicas de cada una de ellas. Un ejemplo de esto puede ser el mal uso de sustancias o verse sometido a una situación estresante, la cual puede ser especialmente relevante para desencadenar la aparición del primer episodio de la psicopatología, pero ser menos perjudicial posteriormente (Mcgorry et al., 2010).

Según autores como Strous y sus colaboradores (2004), la fase premórbida de la esquizofrenia es la fase previa al inicio de la sintomatología, siendo precursor comportamental del comienzo de los síntomas agudos en la esquizofrenia. Además, tal y como argumentan Horton, Tarbox, Olin y Haas (2015), los sujetos sometidos a dicha etapa suelen caracterizarse por un peor funcionamiento social, un aumento de los síntomas negativos, mayor deterioro cognitivo y peor calidad de vida. Este pobre funcionamiento se ha asociado con variables relacionadas con los síntomas, particularmente con síntomas negativos agudos y persistentes, correlacionándose, así, la presencia y gravedad de síntomas premórbidos con un inicio insidioso, un curso crónico y peor pronóstico de la enfermedad (Strous et al., 2004; Horton et al., 2015). Sin embargo, una etapa premórbida benigna se relaciona con una mayor edad de inicio del trastorno (Strous et al., 2004).

Respecto a la fase prodrómica se añade que es la etapa que precede a la psicosis 1-2 años antes del inicio de la esquizofrenia, brindando la oportunidad de detectar un curso del trastorno, así como predecir e intervenir antes del trastorno franco. Por esta razón, puede

considerarse como la fase prepsicótica del trastorno. Dicha fase suele caracterizarse por síntomas similares a los trastornos psicóticos (suelen ser síntomas positivos atenuados), pero no lo suficientemente graves como para alcanzar un nivel psicótico (Addington y Heinssen, 2012). En cuanto a la sintomatología, suelen aparecer frecuentemente con una menor capacidad de concentración y atención, falta de energía y motivación, estado de ánimo depresivo, trastorno del sueño, ansiedad, retraimiento social, desconfianza, deterioro en las actividades laborales e irritabilidad (Aragón, Álvarez-Segura y Llorente, 2009). A pesar de esto, los cambios producidos a nivel psicológicos, emocionales y conductuales, son inespecíficos, relacionándose temporalmente con la aparición de un trastorno psicótico o contar con una historia familiar con riesgo de desarrollar una esquizofrenia (Renwick et al., 2015; Ruiz-Iriondo, Salaberria y Echeburúa, 2013). Esta temporalidad puede oscilar desde unos pocos días hasta varios años, comenzando por un pródromo temprano caracterizado por la aparición de síntomas básicos, que son: “alteraciones subclínicas percibidas por el propio sujeto, que se consideran próximas al núcleo que subyace la alteración de la esquizofrenia” (Skokou, Katrivanou, Andriopoulus y Gourzis, 2012, p.151), o síntomas positivos atenuados con una intensidad moderada (Simon et al., 2010; Larson, Walker y Compton, 2010). Respecto a los síntomas básicos podemos decir que pueden aparecer en todas las fases del trastorno, ya sea como síndrome prepsicótico en la fase prodrómica o como pródromo en las recaídas, así como en los estados residuales o durante el propio episodio psicótico (Fañanas, Fatjó-Vilas, Miret y Peralta, 2016).

En este periodo (prodrómico), que puede ser considerado como la etapa final de alto riesgo, las personas presentan anomalías prealucinatorias perceptuales, así como alteraciones en trastornos del habla (Larson, Walker y Compton, 2010). Estos autores (2010) argumentan que el impacto negativo en el individuo, en cuanto al desarrollo social, emocional y cognitivo,

conlleva a un especial interés tanto por la detección como por la intervención temprana, tal y como podemos observar en la figura 3.

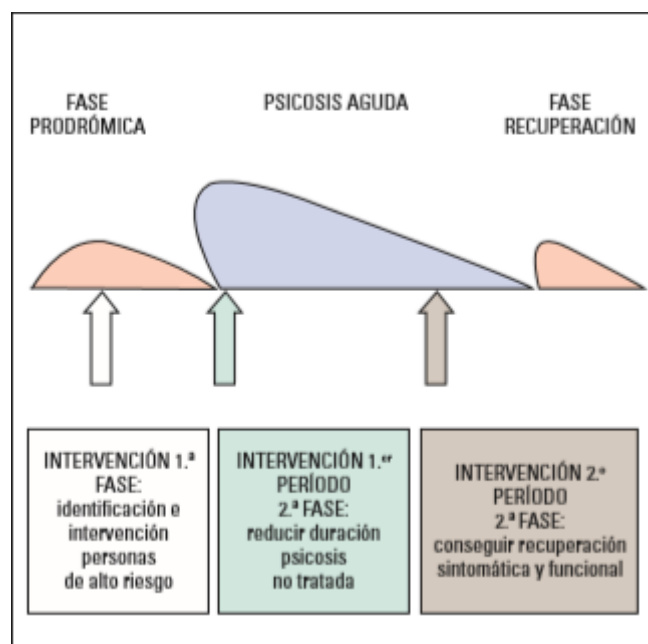


Figura 3. Intervención de la psicosis temprana (Álvarez-Segura, Llorente y Aragón, 2009).

Actualmente, y en relación a lo comentado anteriormente, parece ser que el concepto de pródromo ha sido sustituido o titulado por términos como “Estados Mentales de Alto Riesgo” (EMARs), “Riesgo Ultra Alto” (UHR) o “Clínico Alto Riesgo” (CHR) (Yung et al., 2012). Estos conceptos se consideran factores de riesgo que se tendrán en cuenta para un posterior desarrollo de psicosis, enfatizando el seguimiento longitudinal de los posibles signos y síntomas, los cuales no tienen que conllevar a un cuadro clínico (Fonseca-Pedrero et al. 2013).

#### **Objetivo 4. Describir la importancia de los Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR)**

El curso a largo de plazo del trastorno suele estar correlacionado con altos niveles de deterioro funcional y una reducción de la esperanza de vida de 15 años aproximadamente. El primer episodio de dicha psicopatología suele aparecer durante la adolescencia o adultez temprana, identificándose, en numerosas pruebas, que los sujetos sometidos a este trastorno

han presentado alto riesgo clínico de psicosis previamente, manifestando multitud de preocupaciones y quejas relacionadas con síntomas psicóticos atenuados (Falkenberg et al., 2015; Addington y Heinssen, 2012).

El estado de riesgo ultra alto (UHR) para la psicosis hace referencia a ciertos niveles de alto riesgo por el que las personas están sometidas, pudiendo conllevar al desarrollo de un trastorno psicótico. Por este motivo, se pretende intervenir en este grupo de individuos con la finalidad de prevenir la psicosis (aspecto que a día de hoy se encuentra en debate), de manera que se consiga una reducción de la incidencia de estas psicopatologías a nivel poblacional (Bhavsar, Fusar-Poli y McGuire, 2017).

Suele apreciarse dos conjuntos o perspectivas principales para la caracterización del estado de ultra riesgo, las cuales se usan para la identificación de individuos en la fase prodrómica o de alto riesgo. Estos criterios son el riesgo ultra alto (UHR) y los síntomas básicos (Falkenberg et al., 2015; Schultze-Lutter et al., 2015). El primero, comprendido por el criterio de síntomas psicóticos atenuados, síntoma psicótico breve intermitente (BLIPS), el riesgo genético y criterio de disminución funcional (GRFD), fue desarrollado para detectar de manera explícita algún riesgo de psicosis (Schultze-Lutter et al., 2015; Fusar-Poli et al., 2013; Falkenberg et al., 2015; Addington y Heinssen, 2012). En cuanto al segundo (síntomas básicos), se pueden considerar componentes relevantes de la fase prodrómica, considerándose como “la expresión sintomática más inmediata del sustrato neurobiológico de la enfermedad” (Fañanas et al., 2016, p. 3). Ambos criterios son estudiados de manera conjunta cuando se pretende evaluar a personas de alto riesgo, debido a que la presencia simultánea entre ambos parece estar asociada a un mayor riesgo de transición del trastorno (Fusar-Poli et al., 2013). Este curso natural puede apreciarse en la siguiente Figura (Fig.4).

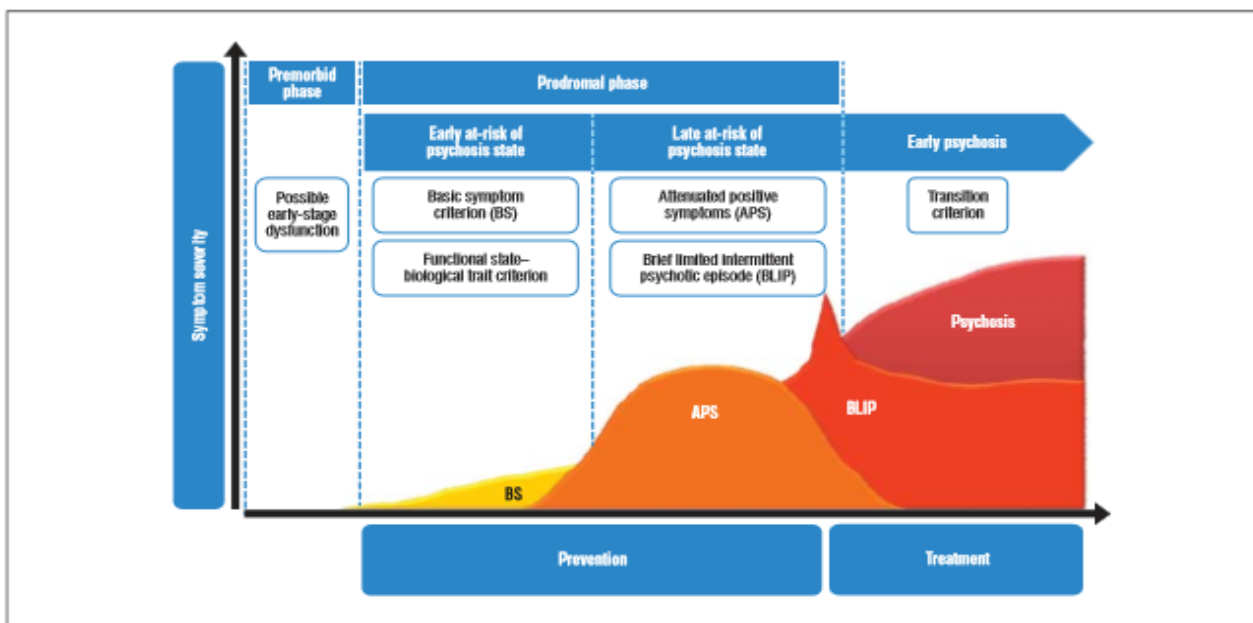


Figura 4. Modelo de inicio de la psicosis desde el estado de alto riesgo (Fusar-Poli et al., 2013)

Otra variable a tener en cuenta son las experiencias psicóticas (PE), donde hay un mayor riesgo de padecerla en la población de jóvenes o adolescentes. Además de la edad, existen otros factores de riesgo predictores de dichas experiencias psicóticas atenuadas como minorías étnicas y grupos de migrantes, los menos remunerados, desempleados y casados. Asimismo, la exposición al alcohol, al cannabis, otras drogas recreativas, los eventos estresantes o traumáticos y alguna historia familiar de enfermedad mental conllevan a un mayor riesgo de padecer dichas experiencias psicóticas, las cuales suelen caracterizarse por semejarse a un trastorno psicótico. Sin embargo, cabe matizar que más del 8% de la población suelen informar de algunas experiencias psicóticas o alucinatorias, las cuales pueden evaluarse como síntomas clínicamente relevantes o como subclínicos, pero sin alcanzar el umbral de relevancia debido a la ausencia de juicios de desorden (Linscott y Van Os, 2013; Fonseca-Pedrero, Paino y Fraguas, 2013).

Todos estos factores que han sido comentados son parecidos a los que se encuentran en pacientes con psicosis, por lo que se puede añadir que existe cierta correlación entre las

experiencias psicóticas y el posible desarrollo de un trastorno psicótico, proporcionando, de este modo, un paradigma único de alto riesgo y su trayectoria (Kelleher y Cannon, 2011).

Esta relación entre las experiencias psicóticas atenuadas y un posible desarrollo de psicosis ha despertado gran interés en la prevención de la misma, que, tal y como argumenta Fusar-Poli y sus colaboradores (2017), ha llegado a ser factible debido a la introducción del constructo de ultra riesgo con el que se identifica a los jóvenes quienes tienen un mayor riesgo de padecer algún trastorno psicótico, especialmente esquizofrenia, en los siguientes años. Además de esto, y respecto al modelo de vulnerabilidad-estrés, los factores sociales que son estresantes promueven la aparición de la psicosis, por lo que hay que tenerlo en cuenta en la prevención e intervención temprana, así como las estrategias de afrontamiento de las que disponen los individuos en riesgos sometidos a esta psicopatología (Rüsch et al., 2015). Sin embargo, la disminución del riesgo de psicosis a través de la prevención o intervención temprana ha sido cuestionada (Fusar-Poli et al., 2017), ya que, a pesar de la existencia de factores de alto riesgos, los cuales pueden conllevar al desarrollo de un trastorno psicótico, hay discrepancias con la necesidad de incluirlo formalmente en un diagnóstico en el DSM-5. Esto es debido al debate entre la posibilidad de intervenir precozmente, de manera que se puede prevenir el desarrollo del trastorno, frente al posible diagnóstico y tratamiento innecesario (Yung et al., 2012).

**Objetivo 5. Definir el síndrome de psicosis atenuada y la finalidad de la introducción de este concepto en el DSM-5.**

Desde la perspectiva de la existencia de estados mentales de alto riesgo, el síndrome de psicosis atenuada ha sido introducido en el nuevo manual DSM-5, el cual ha provocado un debate sobre la inclusión de un síndrome de riesgo para la psicosis con el objetivo de facilitar la prevención de la misma (Ruhrmann, Schultze-Lutter y Klosterkötter, 2010). Dicho

síndrome es conceptualizado como “Síndrome de psicosis atenuada” (APS), siendo introducido en la sección 3 bajo el término de “condiciones para estudios adicionales o posteriores” (APA, 2013; Tsuang et al., 2013). Esta sección no es la única que presenta el “síndrome de psicosis atenuada” debido a que este mismo diagnóstico se menciona explícitamente en la sección II del manual, entre los ejemplos para la presentación de “otro espectro específico de esquizofrenia y otro trastorno psicótico”.

Aunque en la sección II los criterios propuestos y las características diagnósticas no se presentan como en la Sección III, la característica clínica principal (síntomas similares a la psicosis que están por debajo del umbral de la psicosis completa), se reproduce idénticamente en esta sección (Simon y Riecher-Rössler, 2013).

Tal y como argumenta la American Psychological Association (2013), el APS requiere la presencia de alucinaciones, delirios o discurso desorganizado de manera atenuada, estando presentes al menos una vez por semana en el último mes, pero sin ser lo suficientemente grave como para que la persona cumpla los criterios de un trastorno psicótico. Dicho concepto es introducido debido a que se pretende identificar ciertos síntomas, de manera que se pudiese prevenir la transición o el desarrollo del trastorno (Fonseca-Pedrero, Paino y Fraguas, 2013; Yung et al., 2012). Sin embargo, aunque las personas que padecen esquizofrenia han tenido previamente una fase prodrómica o de alto riesgo, no todas las personas que parecen tener este tipo de factores vayan a desarrollarla (Addigton y Heinssen, 2012). Del mismo modo, los síntomas de este trastorno pueden presentar cierta comorbilidad con trastornos no psicóticos, los cuales nunca llegan a desarrollar ningún tipo de psicosis en las personas que lo padecen (Ribolsi et al., 2017). A esto se añade las preocupaciones existentes sobre las repercusiones del tratamiento de las personas que son diagnosticadas con este síndrome, ya que hay ciertas investigaciones que manifiestan que una parte de los adolescentes que muestran este tipo de

sintomatología es transitoria, además de que los criterios de riesgos pueden fallar (Gerstenberg et al., 2016).

La sintomatología como la observación comportamental, funcional y anormalidades estructurales sugieren que los primeros signos del trastorno pueden darse en el periodo posnatal y continuar durante la infancia y la adolescencia, por lo que centrarse en la intervención temprana puede proporcionar una oportunidad para localizar una fase premórbida de la psicopatología y ciertos marcadores potenciales de alto riesgo (Noguera et al., 2017). Tal y como dicen Fonseca-Pedrero, Paino y Fraguas (2013), la etapa de la adolescencia del ciclo vital puede ser la más relevante para la evaluación, detección e identificación temprana de personas con factores de alto riesgo. Para esto, se suele evaluar de manera exhaustiva los estados mentales de alto riesgo a través de ciertos instrumentos de medidas (Addigton y Heinssen, 2012). Estos instrumentos suelen utilizarse “para identificar a los jóvenes con probabilidades de estar en la etapa de la psicosis prodrómica” (Zhang et al. 2014, p. 391). Entre los más destacados nos encontramos con la entrevista estructurada para síndromes prodromales (SIPS), la cual nos aporta información sobre ciertos síntomas, así como la intensidad y gravedad de los mismos. Otro instrumento que podemos destacar es el denominado escala de síntomas prodrómicos (SOPS), cuya función es medir la severidad de los síntomas prodrómicos (Miller et al., 2003).

Un reciente meta análisis argumenta que la tasa de aparición del trastorno psicótico es del 36% posterior a los 3 años de cierta aparición de síntomas, además, el 73% de los que desarrollan dicho trastorno cumplen los criterios. Aunque estos resultados presentan cierta limitación, ya que los sujetos de la investigación eran usuarios derivados a servicios clínicos especializados (Yung et al., 2012). A pesar de la alta correlación entre el alto riesgo de desarrollar un trastorno psicótico y el padecer síntomas psicóticos atenuados, se ha despertado



una gran discrepancia entre la idea de incluirlo formalmente como diagnóstico del DSM-5 (Woods et al., 2010), ya que entre otras cosas, y como otros estudios indican, la validez clínica de estos factores de riesgo queda cuestionada debido a la presencia de una mayor prevalencia y tasas de incidencia de experiencias alucinatorias en la población general más que en el fenotípico clínico de los trastornos psicóticos (Schimmelmann et al., 2010).

Respecto a esto, hay autores como Aragón, Álvarez-Segura y Llorente (2009), que presentan evidencias de que hay personas que pueden estar sometidas a ciertos síntomas psicóticos posteriormente a una experiencia altamente estresante o traumáticas, como el aislamiento social, abusos o privación del sueño, lo que dificulta la distinción clínica en el primer episodio psicótico entre otros trastornos.

Por tanto, ¿es necesario este nuevo síndrome? ¿Son positivas las intervenciones precoces? ¿Produciría más discriminación y estigma social que prevención y mejoras? ¿Es correcto diagnosticar a las personas con este trastorno por el simple hecho de que presenten esta clase de sintomatología? Muchas preguntas quedan planteadas con este concepto, provocando así el surgimiento de un gran debate del cual se proporcionará una visión general de cómo se encuentra en la actualidad.

#### **Objetivo 6. Aclarar los beneficios o consecuencias negativas de la inclusión del concepto en el manual diagnóstico (DSM-5).**

En las últimas décadas, el interés en los síntomas de las personas potencialmente prodrómicas ha aumentado, contribuyendo significativamente a la comprensión de la esquizofrenia. Los datos científicos sobre el síndrome de riesgo de la psicosis hacen que ciertos autores consideren la necesidad de inclusión de una nueva categoría de psicosis atenuada en el nuevo manual, teniendo a sus defensores listos para esta introducción (Fusarpoli y Yung, 2012; Shrivastava et al., 2011), generando así el inicio de un debate.

Dichos defensores argumentan que esta categoría refleja que los adolescentes y jóvenes que desarrollan esquizofrenia presentan previamente ciertos síntomas psicóticos menos graves, tal y como ya se ha comentado anteriormente. Por esta razón, la detección temprana y el tratamiento constituyen una estrategia esencial para prevenir las consecuencias menos graves (Carpenter y Van Os, 2011).

### *Intervenciones tempranas*

El periodo de psicosis no tratada (desde que aparece una sintomatología psicótica relevante hasta que se inicia el tratamiento) puede durar varias semanas o incluso meses. Una psicosis no tratada (DUP) prolongada puede conllevar a peores resultados referentes a la sintomatología total, nivel de funcionamiento, respuesta al tratamiento y calidad de vida, por lo que la detección y prevención temprana del tratamiento mejora el pronóstico del trastorno (Aragón, Álvarez-Segura y Llorente, 2009). Respecto a estas intervenciones tempranas, de las personas de alto riesgo, hay autores que defienden que tienen una doble finalidad. Una de ellas es adaptar los tratamientos que han mostrado eficacia en las fases estables y residual de la enfermedad a los inicios de la misma. La segunda pretende adaptar el tratamiento a las características específicas de la etapa premórbida del trastorno, sin intervenir solamente con psicofármacos (Vallina Fernández, Lemos Giráldez y Fernández Iglesias, 2006).

Además, dichas intervenciones han posibilitado la detección de marcadores clínicos de riesgo que logran transitar en psicosis, pudiéndose prevenir en personas que presentan estos estados mentales de alto riesgo. De este modo, se puede conseguir una demora de la transición hacia el trastorno, así como aumentar la eficacia de los tratamientos, teniendo mejores resultados positivos que los métodos tradicionales de tratamiento de psicosis (Lemos Giráldez et al., 2010). Estos mismos autores (2010) respaldan que las intervenciones tempranas en psicosis favorecen la recuperación de la misma, poniendo especial interés en la

mejoría del funcionamiento social del paciente. Por todo esto, ciertos autores defienden la posibilidad de una evaluación periódica del estado mental para detectar el primer episodio de psicosis, ya que la detección temprana permite un tratamiento rápido, minimizando la duración de psicosis no tratada, la cual, si fuese prolongada, sería perjudicial tanto para los pacientes como para sus familias (Yung et al., 2012). Además, un retraso de un año o más en el inicio de la psicosis podría llegar a tener beneficios duraderos por lo que la prevención precoz sería significativa (Carpenter y Regier, 2016).

Los defensores de la inclusión del término, sugieren que incluirlo como un diagnóstico oficial facilitará el acceso a la atención adecuada para todas las personas que estén padeciendo el trastorno, de modo que los síntomas asociados podrían reducirse con las intervenciones tempranas, tal como los síntomas depresivos, ansiedad, aislamiento social y el deterioro académico, incluso en aquellas personas que nunca desarrollen psicosis (Corcoran, First y Cornblatt, 2010; Shrivastava et al., 2011). Además, un estudio de América del Norte y otro de Australia, han demostrado que dicho diagnóstico presenta una buena validez predictiva, por lo que los signos y síntomas del trastorno podrían ser evaluados de manera válida y fiable (Shrivastava et al., 2011).

Sin embargo, ¿se debe utilizar estas intervenciones tempranas con personas que sufran ciertos síntomas atenuados? Esto queda cuestionado por diversos autores, los cuales plantean que dicha categoría, a pesar de tener validez, no presentan utilidad clínica, ya que las intervenciones tempranas podrían incluir el uso de antipsicóticos, los cuales se centran en la reducción del riesgo percibido. Este uso podría ser inapropiado y potencialmente peligroso en aquellos que no están realmente en riesgo de padecer psicosis (falsos positivos) (Yung et al., 2010). Hay autores que justifican lo comentado anteriormente, argumentando que no es lo más correcto debido a que hay una proporción sustancial de individuos que cumplen con los

criterios formales de riesgo para la psicosis, pero en realidad nunca desarrollan este trastorno y, en algunos casos, remiten por completo (Simon y Riecher-Rössler, 2013). Incluso estos síntomas podemos encontrarlos estables en ciertas personas, como aquellas que tienen personalidad esquizotípica, así como en personas normales, las cuales tienen unas creencias firmes referente a la escucha de voces o la existencia de alienígenas (Carpenter y Van Os, 2011).

Otro argumento en contra de estas intervenciones precoces es que, a pesar de que se pretenda realizar en la adolescencia y adultez temprana con personas que presentan ciertas experiencias alucinatorias, no se tienen en cuenta que dicha sintomatología (síntomas atenuados) debe interactuar de forma aditiva con otros factores de riesgo ambientales (consumo de cannabis, eventos traumáticos, etc.), hereditarios y psicológicos para que desemboque en el trastorno. De esta manera, se defiende la postura de que hay heterogeneidad en las posibles causas del trastorno (no solo el padecer ciertos síntomas), por lo que la presencia de síntomas atenuados no presupone una alteración psicopatológica o psicótica grave en un futuro cercano (Fonseca-Pedrero et al., 2011).

### *Antipsicóticos*

La esquizofrenia suele presentar una fase prodrómica con una duración de uno a tres años, caracterizada por conductas y síntomas psicológicos inespecíficos, deterioro funcional y síntomas psicóticos atenuados. Por tanto, es en esta fase donde se produce las intervenciones comentadas anteriormente. Entre ellas hay algunas en la que el objetivo principal es la reducción de dicha sintomatología, por lo que optan por la introducción de antipsicóticos. Hay estudios que demuestran que el uso de esta metodología (prevención del inicio de psicosis mediante antipsicóticos) no ha mostrado efectos positivos (Yanguas, 2015). A pesar de esto, ha habido un crecimiento en cuanto al uso de los antipsicóticos de segunda generación en

niños y adolescentes, de edades comprendidas entre 13 y 17 años, con esquizofrenia. Sin embargo, la seguridad de estas personas es limitada (De Hert et al., 2011). Esta seguridad se ve afectada debido a la vulnerabilidad que presenta este colectivo frente a los antipsicóticos, por lo que estos mismos autores (2011) defienden que, el consumo de estos psicofármacos puede conllevar a graves efectos perjudiciales (tabla 3) como aumento de peso, obesidad, diabetes, hipertensión, etc., siendo todos ellos factores de riesgo referentes a una posible enfermedad cardiovascular y mortalidad (Gonçalves, Dantas y Banzato, 2016). Esta es una de las razones por la que se crean discrepancias entre los profesionales respecto al uso, o no, de los antipsicóticos en este síndrome, así como la verdadera eficacia de los mismos en esta población (adolescentes y niños), ya que hay que tener en cuenta a los falsos positivos, los cuales pueden tener consecuencias adversas sin realmente padecer el trastorno.

Tabla 3

*Efectos secundarios comunes o potencialmente peligrosos de los antipsicóticos de segunda generación (Correll et al., 2006).*

Efectos secundarios de antipsicóticos atípicos
Efectos metabólicos: ganancia de peso, hiperglucemia, diabetes e hiperlipidemia
Efectos endocrinos: hiperprolactimia, disfunción del sistema sexual y reproductivo, aumento de las enzimas hepáticas
Efectos cardíacos adversos: arritmias, hipertensión, cardiopatías
Agranulocitosis
Sedación, disminución de la capacidad de concentración

Además de todos los efectos mencionados anteriormente, cabe añadir, que los niños y adolescentes tienen una mayor probabilidad de padecer síntomas extrapiramidales que los adultos, así como la presencia del síndrome neuroléptico maligno, el cual deriva de las

consecuencias del tratamiento con antipsicóticos. Este puede provocar rigidez severa, taquicardia, fiebre y un aumento de glóbulos blancos (Correll, 2008). Por tanto, ¿Es realmente necesario el uso de antipsicóticos para intervenir en la fase prodrómica del trastorno? Al parecer, y a pesar de todos los efectos negativos comentado anteriormente, según el estudio de varios autores con adolescentes en fase prodrómica de la esquizofrenia, reflejó que el uso de risperidona consiguió proteger a los individuos de la progresión de la misma. Con esto, concluyeron que el inicio de la psicosis se puede lograr retrasar. Esto es apoyado por los psiquiatras infantiles, quienes dicen que, excepto la clozapina, los tratamientos de los síntomas con antipsicóticos son eficaces (Kapetanovic y Simpson, 2006).

Por otra parte, cabe añadir que la duración de la psicosis sin tratar afecta negativamente a la eficacia de los tratamientos, de manera que hay autores que defienden que todas las personas diagnosticadas deben ser tratadas inmediatamente, ya que la demora de este tratamiento farmacológico puede ser lesivo para los pacientes, por lo que lo más lógico y ético sería iniciar el tratamiento con la aparición de los primeros síntomas, ya que tras su previo estudio, argumentan que no existen daños a largo plazo que sugieran la necesidad de posponer los medicamentos (Bola, 2006). Es más, autores como Catts y Toole, (2016), argumentan y defienden que el tratamiento con medicamentos antipsicóticos es extremadamente eficaz en el primer episodio de la esquizofrenia, ya que provoca una remisión casi completa de los síntomas a corto plazo, sobre todo en las últimas etapas del periodo prodrómico, ya que es cuando los síntomas psicóticos atenuados son visibles y evidentes, donde los jóvenes con estados mentales de alto riesgo ya se sitúan al borde de una conversión a psicosis (Addington y Heinssen, 2012). Sin embargo, si utilizamos este tipo de intervención en personas que presentan síntomas tempranos atenuados, en las primeras etapas de dicha fase, es más probable que éstas se vean sometidas a efectos secundarios de la medicación (Bola, Kao, Soydan y Ce, 2011).

Este apoyo a los fármacos puede venir derivado de los beneficios que reciben las industrias farmacéuticas, además del miedo a la responsabilidad, ya que un paciente con síndrome de psicosis atenuada puede desarrollar el trastorno, a lo que se le añade la ausencia de tratamientos alternativos conocidos (Corcoran, First y Cornblatt, 2010).

A pesar de todo este apoyo referente a los antipsicóticos ¿Es la única intervención posible, o hay otras que produzcan la misma eficacia, pero sin efectos tan adversos? Según la evidencia actual se puede dar respuesta a esta pregunta, ya que hay autores que argumentan que el tratamiento farmacológico no es más efectivo que otros tipos de tratamientos más benignos, por lo que generalmente no se recomienda para las personas con el síndrome de psicosis atenuada (Yung et al., 2012). Es de esperar que las intervenciones psicológicas sean más prometedoras en etapas tempranas. De hecho, en las primeras etapas del periodo prodrómico los síntomas de presentación no solo son menos severos, sino que también menos específicos, ya que los individuos presentan una multitud de preocupaciones (Addington y Heinssen, 2012). Dentro de las posibles alternativas frente a los antipsicóticos nos encontramos con el modelo de tratamiento por etapas que sugiere McGorry y sus colaboradores (2010), donde se comenzaría por un periodo de observación, seguido de un tratamiento más específico, como la terapia cognitivo-conductual, la cual irá dirigida a tratar los síntomas positivos atenuados, utilizando antipsicótico, solo y exclusivamente, si la sintomatología empeorara.

Cabe matizar, que el desconocimiento de los resultados de antipsicóticos a largo plazo, en individuos identificados con síntomas atenuados, puede provocar un tratamiento prolongado, es decir, recetarles a estas personas antipsicóticos de manera indefinida lo que conlleva a un riesgo relevante referente a la salud general de la persona (Corcoran, First y Cornblatt, 2010).

### *Estigma y discriminación*

Como ya se ha comentado, se propone que a las personas con alto riesgo se le receten antipsicóticos sin pensar en las consecuencias negativas que presentan, ya que ajeno a los efectos secundarios, dicha medicación produce ciertas repercusiones a nivel social, como, por ejemplo, generando estigmas y discriminación a la persona “etiquetada” con este diagnóstico. Estos fenómenos sociales despiertan ciertas preocupaciones entre los profesionales, ya que la fase prodrómica suele darse en la adolescencia, y es en esta etapa donde las personas construyen su propia identidad, por lo que puede producir un impacto significativo a nivel personal (Fusar-Poli y Yung, 2012; Yang et al., 2014). Las consecuencias para las personas con esta clase de etiquetado suelen conllevar a estigma interno (los jóvenes ven la enfermedad como un aspecto definitivo de quiénes son en lugar de como algo que tienen), vergüenza (suelen mantenerlo en secreto) y la discriminación por parte de los otros, quienes tratan a las personas sometidas a este diagnóstico como diferentes, devaluándolos o tratándolos de manera injusta (Corcoran, First y Cornblatt, 2010). La vergüenza, en ocasiones, conlleva a que los pacientes no soliciten ayuda, por lo que los jóvenes pueden correr el riesgo de DUP, derivando a peores resultados en la intervención. A pesar de esto, las familias suelen argumentar que el estigma de los pacientes proviene de los síntomas y comportamientos más que del etiquetado de riesgo (Wong et al., 2009). Sin embargo, conocer la posibilidad de padecer un trastorno psicótico puede tener un impacto en cómo la persona se ve a ella misma (Corcoran, First y Cornblatt, 2010).

Es cierto que todos los trastornos psiquiátricos pueden causar estigmas, sin embargo, la situación puede cambiar al etiquetar a una persona de ser “vulnerable” o “en riesgo” de trastorno psicótico, ya que más de la mitad de los que reciben este “diagnóstico” no desembocarán en dicho trastorno. Por esta misma razón, no es necesario el etiquetado o



diagnóstico, ya que este podría causar todas las consecuencias negativas comentadas anteriormente sin realmente ser necesario (Yung et al., 2010).

Por otro lado, hay autores como Yung y sus colaboradores (2012) que piensan que es necesario investigar sobre qué daños y beneficios están asociados con un nuevo diagnóstico, ya que, si la atención clínica proporciona información y esperanza sobre un buen tratamiento, el estigma debería tenerse en cuenta, puesto que podría verse reducido. Además, hay razones suficientes para creer que la probabilidad de originar cierto estigma en estas personas no se compara con los resultados beneficiosos que se producen en las mismas. Por tanto, ¿es realmente perjudicial centrarse en el estigma para poder incluir este nuevo diagnóstico en los manuales?

En relación con la pregunta formulada, podemos señalar que hay autores que defienden la postura de que realmente el estigma en este síndrome no es tan relevante, puesto que el daño que produce en los falsos positivos puede ser reversible, ya que finalmente no desarrollarían el trastorno. Sin embargo, si no “etiquetamos” mediante el diagnóstico a la persona, no se comenzaría las intervenciones tempranas, la cual puede ser útil para prevenir el estigma que se produciría si la persona desarrolla el trastorno. En esta situación en particular, si la persona llega a desarrollar algún trastorno psicótico, realmente el daño que produce el estigma que conlleva esta clase de psicopatologías sería de por vida, siendo mucho más perjudicial para la persona (Woods et al., 2010; Kim et al., 2017).

## Conclusiones

Con la presente búsqueda bibliográfica se ha pretendido dar una visión global respecto a la situación actual en la que se encuentra el término “síndrome de psicosis atenuada”, así como detectar los aspectos negativos y positivos del mismo. Para ello, se ha ido abordando diferentes puntos para facilitar, de este modo, una mayor comprensión referente a la temática. Entre los objetivos propuestos, se pretende identificar a individuos en la fase prodrómica de la enfermedad, ya que esto facilita a los profesionales la posibilidad de tomar medidas preventivas, y, por tanto, podrían reducir el riesgo de padecer el trastorno esquizofrénico. Esto queda respaldado por ciertos estudios, como el de Santesteban-Echarri y sus colaboradores (2017), quienes a través de un meta análisis mostraron cierta evidencia de que las personas con psicosis no tratadas (DUP) se asociaron con una menor probabilidad de remisión, comprobando que el acortamiento de los periodos DUP se correlaciona directamente con un mayor funcionamiento a largo plazo. Este es uno de los motivos por lo que se plantea la necesidad de una intervención temprana en personas con alto riesgo, ya que éstas podrían acabar padeciendo un trastorno psicótico, y no ser tratadas a tiempo podría perjudicar su funcionamiento. Por la necesidad que se percibe, se ha desarrollado ciertos criterios clínicos para un posible diagnóstico, de manera que facilite la especificidad diagnóstica. Sin embargo, en el DSM-5, el síndrome de psicosis atenuada quedó incluido en la sección III (condición para estudios posteriores), debido a que no había probabilidad de establecer confiabilidad en el ámbito clínico, además de surgir numerosas preguntas sobre la imprecisa naturaleza y el estado nosológico del trastorno. Todo esto conlleva aplazar la decisión final sobre la inclusión del síndrome en el DSM-5 hasta que haya información suficiente y relevante que pueda argumentar dicha elección (Schultze-Lutter, Michel, Ruhrmann y Schimmelmann, 2013).

Por otra parte, tal y como se ha podido observar a lo largo del debate originado en esta revisión, las personas de alto riesgo muestran una mayor probabilidad de convertirse en un

cuadro clínico, viéndose la necesidad de llevar a cabo ciertas medidas con el objetivo de prevenir o de retrasar dicha conversión. Esta es la razón por la que el grupo de trabajo del DSM-5 decidió incluir en el manual esta novedosa categoría mencionada anteriormente. Sin embargo, y según los numerosos estudios consultados, no parece haber una evidencia empírica lo suficientemente relevante como para identificar a esta clase de personas (alto riesgo), ya que como se ha podido observar, hay individuos que llegan a remitir la sintomatología por completo, sin desembocar en un trastorno psicótico (Simon y Riecher-Rössler, 2013; Aragón, Álvarez-Segura y Llorente, 2009). Asimismo, hay otras limitaciones conjuntas a la mencionada, como son, la estigmatización, administración de tratamientos inadecuados, utilización de antipsicóticos, etc. (Fusar-Poli y Yung, 2012; Addigton y Heinssen, 2012; Yang et al., 2014; Kim et al., 2017). Debido a todo esto, hay profesionales que matizan que la introducción de este término como nuevo trastorno mental es demasiado prematura, por lo que se opta a introducirlo en el apéndice III del DSM-5, tal y como hemos podido observar en apartados anteriores.

Por otro lado, y debido a la heterogeneidad de esta clase de trastornos mentales, el APS parece que tiene la función de detectar e identificar los síntomas tempranos, estimando, de este modo, el nivel de gravedad dentro del continuo en el que se sitúa la persona (Fonseca-Pedrero et al., 2013; Noguera et al., 2017). Por tanto, el APS no tiene por qué diagnosticar una psicosis temprana, de esta manera la simple presencia del trastorno como diagnóstico no llega a ser útil (Shrisastava et al., 2011), ya que debemos tener en cuenta que un diagnóstico como tal debe permitir diferenciar a las personas que presentan trastornos de las que no, mejorando así el pronóstico y las posibles soluciones terapéuticas (Fonseca-Pedrero et al., 2013). También se puede añadir que el síndrome de psicosis atenuada despierta cierta tensión entre los profesionales de la salud, debido a que dicho concepto provoca la prescripción excesiva de medicamentos antipsicóticos en una población (adolescencia y niñez) con una

gran vulnerabilidad frente a los efectos secundarios de los psicofármacos, sin aportar beneficios significativos, ya que a veces, incluso los falsos positivos, son recetados con este tipo de tratamientos, viéndose afectados sólo por los efectos negativos de los psicofármacos, los cuales no llegan a ser aceptados a través de la educación y las recomendaciones como tratamiento único y eficaz (Nelson, 2014). A esto se le añade que la descripción actual de APS en DSM-5 carece de una definición operacional clara de 'atenuación', por lo que realmente, ¿Cuándo se consideraría un síntoma psicótico atenuado lo suficientemente bajo respecto al umbral como para considerarse como tal? ¿Es beneficiosa la intervención temprana desde la perspectiva de identificar a personas con alto riesgo?

Según lo que se ha ido indagando en la presente revisión, es cuestionable la verdadera eficacia de la prevención por todo lo que se ha comentado hasta el momento. A esto se le añade que centrarse en una intervención específica en la psicosis puede ser demasiado estrecho e incompleto desde la perspectiva epidemiológica, lo que complica, además, una implementación rentable desde la atención de la salud mental. Por tanto, ¿es eficaz realizar intervenciones en personas con posible síndrome de psicosis atenuada? Parece que puede tener utilidad, pero ¿se sabe utilizar esta prevención? Parece que no, ya que como se ha comentado, centrarse en una intervención específica puede sesgar la eficacia. Además, tal y como argumentan Cascio y sus colaboradores (2016), actualmente aún se necesita investigar si la evaluación de los síntomas psicóticos atenuados es necesaria para una mejor precisión de la predicción de la psicosis. Entonces, ¿de qué manera es necesaria una intervención temprana? Parece que desde un enfoque mucho más amplio (perspectiva de salud pública), ya que es una estrategia mucho más exitosa (Fusar-Poli, Yung, McGorry y Van Os, 2014). De modo que, si nos centramos de manera exclusiva en el estado de alto riesgo y la prevención de la esquizofrenia, la población beneficiosa es mucho más estrecha, además de que esto último puede conllevar a repercusiones negativas (Fusar-Poli et al., 2014).

Tras todo lo expuesto en la presente revisión, se ha podido observar tanto los aspectos negativos y positivos referente al trastorno. Esto ha provocado que la nueva terminología se sitúe como un diagnóstico en controversia, dejando así un gran debate, el cual deberá ser solventado. Sin embargo, tras dar una visión general de la temática, podemos concluir, que la inclusión de este nuevo término, a pesar de tener aspectos positivos, tiene que ser replanteado, debido a que presenta ciertas repercusiones (Nelson, 2014) como son:

- Un diagnóstico con cualquier relación de psicosis es estigmatizado.
- Una nueva categoría puede conducir a un uso excesivo de antipsicóticos en una población muy vulnerable.
- Este concepto no debería ser creado, ya que hay casos no desarrollan un trastorno psicótico.
- El tratamiento no tiene una suficiente evidencia de unos buenos resultados, y, por tanto, no es aceptable la inclusión de un nuevo trastorno que no presenta unas intervenciones fiables y eficaces.

Para finalizar, cabe matizar que es relevante intentar reducir las tasas de transición a la psicosis. Esto debe de hacerse correctamente, teniendo en cuenta diversos factores fenotípicos, además de utilizar una buena validación de los instrumentos de medidas y contemplar diversos niveles de intervención (Fonseca-Pedrero et al., 2013).

Estas grandes discrepancias, así como las graves consecuencias que podría conllevar este nuevo etiquetado, se están intentando resolver, pero los nuevos cambios son difíciles de aceptar prematuramente. Por esta razón, suponemos que se indagará más en profundidad en cuanto al constructo que forma el síndrome de psicosis atenuada, teniendo la esperanza, tal y como argumentan Shrivastava y colaboradores (2011), de que con el paso del tiempo, la experiencia, las discusiones constructivas y los cambios de opiniones, consigan mejorar los

criterios que constituyen el nuevo trastorno (síndrome de psicosis atenuada), de manera que se logre solventar parte de las consecuencias negativas, sobre todo, teniendo en cuenta que dicho trastorno recae en una población muy vulnerable (niños y adolescentes).

### Referencias Bibliográficas

- Addington, J. y Heinssen, R. (2012). Prediction and Prevention of Psychosis in Youth at Clinical High Risk. *Annual Review of clinical Psychology*, 8(1), 269-289.  
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143146>.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Association, Washington, DC: Author.
- Aragón, C., Álvarez-Segura, M. y Llorente, C. (2009). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. JANO. Madrid: España.
- Aragón, C. (2011). Attenuated psychotic symptoms syndrome: How it may affect child and adolescent psychiatry. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20(2), 67–70.  
<https://doi.org/10.1007/s00787-010-0144>.
- Bhavsar, V., Fusar-Poli, P. y McGuire, P. (2017). Neighbourhood deprivation is positively associated with detection of the ultra-high-risk (UHR) state for psychosis in South London. *Schizophrenia Research*, 192(2), 371-376.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.06.006>.
- Bhugra, D. (2010). Schizophrenia, The nice guideline on core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. *National Collaborating centre for mental health*.
- Biedermann, F. y Fleischhacker, W. W. (2016). Psychotic disorders in DSM-5 and ICD-11. *CNS Spectrums*, 21(4), 349–354. <https://doi.org/10.1017/S1092852916000316>.
- Bromet, E. J., Kotov, R., Fochtmann, L. J., Carlson, G. A., Tanenberg-Karant, M., Ruggero, C. y Chang, S. (2011). Diagnostic shifts during the decade following first Admission for psychosis. *American journal of psychiatry*, 168, 1186-1194.

- Bola, J. R. (2006). Medication-free research in early episode schizophrenia: Evidence of long term harm? *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 288-296.  
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbj019>.
- Bola, J., Kao, D., Soydan, H., y Ce, A. (2011). Antipsychotic medication for early episode schizophrenia. *Cochrane Library of systematic reviews*, 11(6), 1-150.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006374.pub2>.
- Caballo, V., Carrobbles, J.A. y Salazar, I. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Carpenter, W.T. (2010). It is time for a new paradigm for the study of Psychoses. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(1), 1-3.  
[https://doi.org/10.1016/S18889891\(10\)70001-X](https://doi.org/10.1016/S18889891(10)70001-X).
- Carpenter, W. T. y Van Os, J. (2011). Should attenuated psychosis syndrome be a DSM-5 diagnosis? *American Journal of Psychiatry*, 168(5), 460–463.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10121816>.
- Carpenter, W. T. y Tandon, R. (2013). Psychotic disorders in DSM-5. Summary of changes. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(3), 266–268.  
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.04.001>.
- Carpenter, W. T. y Regier, D. (2016). Diagnostic Categories: Provisional, Not Otherwise Classified, or Place-holder? *Schizophrenia Bulletin*, 42(6), 1305-1306.  
<https://doi.org/10.1093/schbull/sbw127>.
- Casarotti, H. (2013). Revisión crítica de la propuesta del DSM-5: el síndrome de síntomas psicóticos atenuados. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 77(1), 13-19.



- Cascio, N., Saba, R., Hauser, M., Lammers Vernal, D., Al-Jadiri, A., Borenstein.,...
- Correll, C. (2016). Attenuated psychotic and basic symptom characteristics in adolescents with ultra-high risk criteria for psychosis, other non-psychotic psychiatric disorders and early-onset psychosis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 25(2), 1091–1102. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0832-7>.
- Catts, S. V. y O'Toole, B. I. (2016). The treatment of schizophrenia: Can we raise the standard of care? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(12), 1128–1138. <https://doi.org/10.1177/0004867416672725>.
- Corcoran, C. M., First, M. B. y Cornblatt, B. (2010). The psychosis risk syndrome and its proposed inclusion in the DSM-V: A risk-benefit analysis. *Schizophrenia Research*, 120(1–3), 16–22. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.03.018>.
- Correll, C. U., Penzner, J. B., Parikh, U. H., Mughal, T., Javed, T., Carbon, M. y Malhotra, A. K. (2006). Recognizing and monitoring adverse events of second generation antipsychotics in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 15(1), 177–206. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2005.08.007>.
- Correll, C. U. (2008). Antipsychotic use in children and adolescents: Minimizing adverse effects to maximize outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(1), 9–20. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31815b5cb1>.
- De Hert, M., Dobbelaere, M., Sheridan, E. M., Cohen, D. y Correll, C. U. (2011). Metabolic and endocrine adverse effects of second-generation antipsychotics in children and adolescents: A systematic review of randomized, placebo controlled trials and guidelines for clinical practice. *European Psychiatry*, 26(3), 144–158. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.09.011>.

- Falkenberg, I., Valmaggia, L., Byrnes, M., Frascarelli, M., Jones, C., Rocchetti,... Fusar-Poli, P. (2015). Why are help seeking subjects at ultra-high risk for psychosis help seeking? *Psychiatry Research*, 228(3), 808–815.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.018>.
- Fañanas, L., Fatjó-Vilas, M., Miret, S. y Peralta, V. (2016). Síntomas básicos en la esquizofrenia, su estudio clínico y relevancia en investigación. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(2), 111-122. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.10.007>.
- Fonseca-Pedrero, E., Santarén-Rosell, M., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Sierra Baigrie, S. y Muñiz, J. (2011). Síntomas psicóticos subclínicos en población general adolescente. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(3), 155–162.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M. y Fraguas, E. (2013). DSM-5: ¿síndrome de psicosis atenuada? *Papeles del psicólogo*, 34(3), 190-207.
- Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Ortuño-Sierra, J., Gutiérrez, C., Gooding, D.C. y Paino, M. (2015). Avances en la evaluación de los síntomas negativos en el síndrome psicótico. *Papeles del psicólogo*, 36(1), 33-45.
- Fonseca-Pedrero, E., Ortuño, J., Paino, M., Lemos-Giráldez, S. y Muñiz, J. (2015). Schizotypal experiences in adolescence: Psychometric properties of Schizotypal Personality Questionnaire-Child [Experiencias esquizotípicas en la adolescencia: Propiedades psicométricas del Schizotypal Personality Questionnaire-Child]. *Anales de Psicología*, 31(2), 404–421. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.167431>.
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paino, M. y Vallina, O. (2015). *Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*. Madrid: Síntesis.

- Fusar-Poli, P. y Yung, A. R. (2012). Should attenuated psychosis syndrome be included in DSM-5? *The Lancet*, 379(2), 591-592. <https://doi.org/10.1016/S0140673661>.
- Fusar-Poli, P., Borgwardt, S., Bechdolf, A., Addington, J., Riecher-Rössler, A., Schultze Lutter, F.,... Yung, A. (2013). The psychosis high-risk state: A comprehensive state of-the-art review. *Archives of General Psychiatry*, 70(1), 107–120. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.269>.
- Fusar-Poli, P., Yung, A. R., McGorry, P. y Van Os, J. (2014). Lessons learned from the psychosis high-risk state: towards a general staging modelo of prodromal intervention. *Psychological Medicine*, 44(2), 17-24. <https://doi.org/10.1017/S0033291713000184>.
- Fusar-Poli, P., Palombini, E., Davies, C., Oliver, D., Bonoldi, I., Ramella-Cravaro, V. y McGuire, P. (2017). Why transition risk to psychosis is not declining at the OASIS ultra high risk service: The hidden role of stable pretest risk enrichment. *Schizophrenia Research*, 192, 385-390. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.06.015>.
- Gerstenberg, M., Theodoridou, A., Franscini, M. y Wotruba, D. (2016). Adolescents and adults at clinical high-risk for psychosis : age-related differences in attenuated positive symptoms syndrome prevalence and entanglement with basic symptoms. *Psychological Medicine*, 46, 1069–1078. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002627>.
- Gonçalves, A. M. I. N., Dantas, C. D. R. y Banzato, C. E. M. (2016). Values and DSM-5: Looking at the debate on attenuated psychosis syndrome. *BMC Medical Ethics*, 17(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12910-016-0090-8>.
- Häfner, H. (2000). Onset and early course as determinants of the further course of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(407), 44-48. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.00008.x>.

- Heckers, S., Barch, D.M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R., Malaspina, D.,... Carpenter, W. (2013). Structure of the psychotic disorders classification in DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150(1), 11-14. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.04.039>.
- Horton, L. E., Tarbox, S. I., Olino, T. M. y Haas, G. L. (2015). Trajectories of premorbid childhood and adolescent functioning in schizophrenia-spectrum psychosis: A first episode study. *Psychiatry Research*, 227(2-3), 339-346. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.013>.
- Joa, I., Johannessen, J. O., Langeveld, J., Friis, S., Melle, I., Opjordsmoen, S.,... Larsen, T. K. (2009). Baseline profiles of adolescent vs. adult-onset first-episode psychosis in an early detection program. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(6), 494-500. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01338.x>.
- Kapetanovic, S. y Simpson, G. M. (2006). Review of antipsychotics in children and adolescents. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 7(14), 1871-1885. <https://doi.org/10.1517/14656566.7.14.1871>.
- Kelleher, I. y Cannon, M. (2011). Psychotic-like experiences in the general population: Characterizing a high-risk group for psychosis. *Psychological Medicine*, 41(1), 1-6. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001005>.
- Keshavan, M. S. (2013). Nosology of psychoses in DSM-5: Inches ahead but miles to go. *Schizophrenia Research*, 150(1), 40-41. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.07.032>.
- Kim, S. W., Polari, A., Melville, F., Moller, B., Kim, J. M., Amminger, P., Herrman, ... Nelson, B. (2017). Are current labeling terms suitable for people who are at risk of psychosis? *Schizophrenia Research*, 188, 172-177. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.01.027>.

- Knapp, M. y Mangalore, R. (2007). Cost of schizophrenia in England. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 10, 23-41.
- Larson, M. K., Walker, E. F. y Compton, M. T. (2010). Early signs, diagnosis and therapeutics of the prodromal phase of schizophrenia and related psychotic disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10(8), 1347–1359.  
<https://doi.org/10.1586/ern.10.93>.
- Lemos Giráldez, S., Fernández Iglesias, P., Fonseca Pedrero, E., Vallina Fernández, O. y Paino, M. (2010). New Trends in Treatment for Psychosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 299-318. <https://doi.org/10.5093/cl2010v21n3a7>.
- Lemos Giráldez, S., Vallina Fernández, O., Fonseca Pedrero, E., Paino, M., y Fernández Iglesias, M. P. (2012). Esquizofrenia. En M. A. Vallejo Pareja (Ed.), Manual de terapia de conducta (Vol II). Madrid: Dykinson.
- Lewis, D.A. y Lieberman, J.A. (2000). Catching up on schizophrenia: Natural history and neurobiology *Neuron*, 28, 325–334.
- Linscott, R. J. y Van Os, J. (2013). An update and conservative systematic review and meta analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychological Medicine*, 43(1), 1133-1149.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291712001626>.
- Machado, J. y Morales, C. (2013). Patrones de prescripción de antipsicóticos en pacientes afiliados al sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia. *Biomédica, Revista del Instituto Nacional de Salud*, 33(3), 1-32.

- McGorry, P. D., Purcell, R., Hickie, I. B., Yung, A. R., Pantelis, C. y Jackson, H. J. (2007). Clinical staging: a heuristic model for psychiatry and youth mental health. *The Medical Journal of Australia*, 187(7).  
<https://doi.org/10.1111/j.14401614.2006.01860.x>.
- McGorry, P. D., Nelson, B., Clin, M., Goldstone, S. y Yung, A. R. (2010). New Research and Better Health and Social Outcomes for Psychotic and Related Mood Disorders. *Can J Psychiatry*, 55(8), 486-497.
- McGrath, J.J. (2004). Myths and plain truths about schizophrenia epidemiology. The NAPE lecture. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(1), 4-11.
- Miller, T. J., McGlashan, T. H., Rosen, J. L., Cadenhead, K., Ventura, J., McFarlane, W.,... Woods, S. W. (2003). Prodromal Assessment With the Structured Interview for Prodromal Symptoms: Predictive Validity, Interrater Reliability and Training to Reliability. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4), 703-715.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente.
- Nelson, B. (2014). Attenuated Psychosis Syndrome: Don't Jump the Gun. *Psychopathology*, 47(3), 292-296. <https://doi.org/10.1159/00365291>.
- Noguera, A., Castro-Fornieles, J., Romero, S., De la Serna, E., Sugranyes, G., Sánchez, G.,... y Baeza, I. (2017). Attenuated psychotic symptoms in children and adolescent offspring of patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 193, 5-9.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.07.050>.

- Ortiz-tallo, M. (2013). *Psicopatología clínica adaptado al DSM-5*, Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Madrid: Pirámide.
- Pedersen, C. B., Mors, O., Bertelsen, A., Waltoft, B. L., Agerbo, E., McGrath, J. J.,... Eaton, W. W. (2014). A comprehensive Nation wide Study of the Incidence Rate and Lifetime Risk for Treated Mental Disorders. *JAMA Psychiatry*, 71(5), 573.  
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.16>.
- Renwick, L., Lyne, J., Donoghue, B. O., Owens, L., Doyle, R., Hill, M.,... Clarke, M. (2015). Prodromal symptoms and remission following first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 168(1–2), 30–36. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.07.001>.
- Ribolsi, M., Lin, A., Wardenaar, K. J., Pontillo, M., Mazzone, L., Vicari, S. y Armando, M. (2017). Clinical presentation of Attenuated Psychosis Syndrome in children and adolescents : Is there an age effect ?, 252(1), 169–174.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.050>.
- Rodríguez-Testal, J. F., Senín-Calderón, C. y Perona-Garcelán, S. (2014). From DSM-IV-TR to DSM-5: Analysis of some changes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(3), 221–231. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.05.002>.
- Ruhrmann, S., Schultze-Lutter, F. y Klosterkötter, J. (2010). Probably at-risk, but certainly ill-Advocating the introduction of a psychosis spectrum disorder in DSM-V. *Schizophrenia Research*, 120(3), 23–37.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.03.015>.
- Ruiz-Iriondo, M., Salaberria, K. y Echeburúa, E. (2013). Análisis y tratamiento psicológico de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(1), 52–59.

- Rus Calafell, M. y Lemos-Giráldez, S. (2014). Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos: principales cambios del DSM-5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática Y Psiquiatria de Enlace*, (111), 89–90.
- Rüsch, N., Heekeren, K., Theodoridou, A., Müller, M., Corrigan, P. W., Mayer, B.,...  
Rössler, W. (2015). Stigma as a stressor and transition to schizophrenia after one year among young people at risk of psychosis. *Schizophrenia Research*, 166(1–3), 43–48.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.05.027>.
- Salguero Jiménez, L. y Soraide, J. (2012). Factores Asociados para el Desarrollo de la Esquizofrenia y su Incidencia en Pacientes del Hospital San Juan de Dios Gestión 2012. *Revista Científica Ciencia Médica.*, 15(2), 18–21.
- Santesteban-Echarri, O., Paino, M., Rice, S., González-Blanch, C., McGorry, P., Gleeson, J. y Álvarez-Jiménez, M. (2017). Predictors of functional recovery in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical psychology Review*, 58(8), 59-75. <https://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.007>.
- Schimmelman, B. G., Michel, C., Schaffner, N. y Schultze-lutter, F. (2011). What percentage of people in the general population satisfies the current clinical at risk criteria of psychosis? *Schizophrenia Research*, 125(1), 99–100.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.09.018>.
- Schimmelman, B. G., Walger, P. y Schultze-Lutter, F. (2013). The significance of at risk symptoms for psychosis in children and adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(1), 32–40. <https://doi.org/10.1177/070674371305800107>.
- Schultze-Lutter, F., Michel, C., Ruhrmann, S. y Schimmelman, B. G. (2013). Prevalence and Clinical Significance of DSM-5-Attenuated Psychosis Syndrome in Adolescents



and Young Adults in the General Population: The Bern Epidemiological At-Risk (BEAR) Study. *Schizophrenia Bulletin*, 40(6), 1499-1508.

<https://doi.org/10.1093/schbul/sbt171>.

Schultze-Lutter, F., Michel, C., Schmidt, S. J., Schimmelman, B. G., Maric, N. P., Salokangas, R. K.R.,... Klosterkötter, J. (2015). EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *European Psychiatry*, 30(3), 388-404. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.01.013>.

Shrivastava, A., McGorry, P., Tsuang, M., Woods, S., Cornblatt, B., Corcoran, C. y Carpenter, W. (2011). “Attenuated psychotic symptoms syndrome” as a risk syndrome of psychosis, diagnosis in DSM-V: The debate. *Indian Journal of Psychiatry*, 53(1), 57. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.75560>.

Simon, A. E., Jegerlehner, S., Müller, T., Cattapan-Ludewig, K., Frey, P., Grossenbacher, M.,... Umbricht, D. (2010). Prodromal schizophrenia in primary care: A randomised sensitisation study. *British Journal of General Practice*, 60(578), 353-359. <https://doi.org/10.3399/bjgp10X515377>.

Simon, A. E. y Riecher-Rössler, A. (2013). The attenuated psychosis síndrome in DSM-5. *Schizophrenia Research*, 151, 295. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2013.09.019>.

Singh, S. P., Cooper, J. E., Fisher, H. L., Tarrant, C. J., Lloyd, T., Banjo, J.,... Jones, P. (2005). Determining the chronology and components of psychosis onset: The Nottingham Onset Schedule (NOS). *Schizophrenia Research*, 80(1), 117–130. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.04.018>.

Skokou, M., Katrivanou, A., Andriopoulos, I. y Gourzis, P. (2012). Sintomatología de las fases activa y prodrómica de la esquizofrenia paranoide de inicio en el joven y de

- inicio tardío. *Revista de Psiquiatría Y Salud Mental*, 5(3), 150–159.  
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.03.002>.
- Strous, R.D., Alvir, J.M., Robinson, D. y Sheitman, B. (2004). Funcionamiento premórbido en la esquizofrenia y respuesta al tratamiento. *Schizophrenia Bulletin*, 30(2), 265–278.
- Tandon, R. (2012). The Nosology of Schizophrenia. Toward DSM-5 and ICD-11. *Psychiatric Clinics of North America*, 35(3), 557–569.  
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2012.06.001>.
- Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, E. R., Heckers, S.,... Carpenter, W. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150, 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.05.028>.
- Todd Lencz, S. C. (2003). The Assessment of “Prodromal Schizophrenia”: Unresolved Issues and Future Directions. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4), 717–728.
- Tsuang, M. T., Van Os, J., Tandon, R., Barch, D. M., Bustillo, J., Gaebel, W. y Carpenter, W. (2013). Attenuated psychosis syndrome in DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150(1), 31–35. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.05.004>.
- Vallina Fernández, O., Lemos Giráldez, S. y Fernández Iglesias, P. (2006). Intervención temprana en psicosis. *Apuntes de psicología*, 24(1-3), 185–222.
- Van Os, J. y Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *The Lancet*, 374(9690), 635–645.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60995-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60995-8).
- Van Os, J., Kenis, G. y Rutten, B. P. F. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature*, 468(7321), 203–212. <https://doi.org/10.1038/nature09563>.

- Verdoux, H. y Van Os, J. (2002). Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophrenia Research*, 54(1-2), 59-65.
- Wong, C., Davidson, L., Anglin, D., Link, B., Gerson, R., Malaspina, D. y Corcoran, C. (2009). Stigma in families of individuals in early stage of psychotic illness: family stigma and early psychosis. *Early Intervention Psychiatry*, 3(2), 108-115.
- Woods, S. W., Walsh, B. C., Saksa, J. R. y McGlashan, T. H. (2010). The case for including Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome in DSM-5 as a psychosis risk syndrome. *Schizophrenia Research*, 123(2), 199–207.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.08.012>.
- World Health Organization. (2001). *Mental health report 2001: New understandin, new hope*. Geneve: Author.
- Yang, L. H., Anglin, D. M., Wonpat-Borja, A. J., Opler, M. G., Greenspoon, M. y Corcoran, C. M. (2014). Public Stigma Associated With Psychosis Risk Syndrome in a College Population: Implications for Peer Intervention. *Psychiatric Services*, 64(3), 284–288. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.003782011>.
- Yanguas, P. (2015). Antipsychotics for schizophrenia: the paradigm of psychiatric drugs. *Salud Colectiva, Buenos Aires*, 11(1), 115–128.  
<https://doi.org/10.18294/sc.2015.410>.
- Yung, A. R., Nelson, B., Thompson, A. D. y Wood, S. J. (2010). Should a “Risk Syndrome for Psychosis” be included in the DSMV? *Schizophrenia Research*, 120(1–3), 7–15.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.03.017>.

Yung, A. R., Woods, S. W., Ruhrmann, S., Addington, J., Schultze-Lutter, F., Cornblatt, B.

A.,... McGlashan, T. H. (2012). Whither the attenuated psychosis syndrome?

*Schizophrenia Bulletin*, 38, 1130-1134. <https://doi.org/1110.1093/schbul/sbs1108>.

Zhang, T., Li, H., Woodberry, K. A., Seidman, L. J., Zheng, L., Shanshan, Z.,... Wang, J.

(2014). Prodromal psychosis detection in a counseling center population in

China : An epidemiological and clinical study, 152, 391–399.

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.11.03>.